



加州
醫療保健管理部

醫師證明
實驗性/研究性否認宣告
DMHC / IMR 110 - 11/27/00

(由主治醫師填寫)

特此證明，我是_____ (登記者姓名) 的主治醫師，由於健康計劃組織決定我的治療方案屬於實驗性和/或研究性治療方案，因此已否決我對藥品、設備、程序或治療的授權。我了解為了使登記者獲得「獨立醫療審查」的權利，作為主治醫師，我必須證明登記者的醫療狀況符合特定的要求。

作為登記者的主治醫師，在我的醫療方案中，我特此證明下列內容：

(請選擇所有適用的方面) (注意：申請具備「獨立醫療審查」資格的成員都必須符合下列要求 #1 - #3)。

- 1) 登記者具有臨終的醫療狀況、處於生命危險的狀況，或者是極度虛弱的狀況。
- 2) 登記者符合以下一個或多個條件：
[請指出哪些說明比較適合]：
- 標準治療無法有效改善登記者的狀況；
- 標準治療在醫療方面不適合登記者；或
- 與提議的治療相比，「健康計劃組織」並不提供更多有益的標準治療。
- 3) 根據目前臨床文獻和醫學證據，及本人的醫學專業知識，我所建議但被拒絕的治療方法，對於登記者來說可能比任何可用的標準治療更有效用。
- 4) 我特此證明此審查必須以加速審查方式在七天內完成，不能等待標準審查。(見背面)

合約審查人： 1)請聲明此項判決中所依賴的證據。請在下面提供說明，或者附於此申請表，並傳真至本部門。

2) 請對實驗性或研究性的藥品、設備、程序或者建議患者使用的其他治療方法提供說明。(如果需要，請加上附頁。)

非合約的審查人或者登記者要自行請求獨立醫療審查：

您必須從專門的醫療和科學文獻的原始資料中向醫療保健管理部提供兩份參考文件，來支援以上的證明，說明請求的治療可能比任何可用的標準治療更有效用。請參考背面，其中列出了醫療或者科學文獻的原始資料，這些資料可作為獨立醫療審查的支援文件、加速審查的說明，並可傳真或透過限時郵件傳送。

文件可以傳真或者用限時郵件的形式轉寄到：

醫療保健管理部, HMO Help Center, IMR Unit, 980 Ninth Street, Suite 500, Sacramento, CA 95814.

如有任何問題，請撥電話與本部門聯絡 (888) HMO-2219，或傳真至 (916) 229-4328，

TDD (877) 688-9891，或者參觀本部門網站 www.hmohelp.ca.gov。

醫師簽名

聯絡電話號碼

日期

加州
醫療保健管理部

獨立醫療審查認可
醫療和科學證據
依據健康與安全法規 1370.4(d)

1. 同等審查的科學研究內容，由一些特定的醫學期刊出版或接受出版，這些期刊可滿足國內對科學稿件的需求，或者讓編輯部門編制之外的專家們來審查大部分所發表的論文；
2. 同等審查的文獻、生物醫學概要以及其他醫學文獻都符合 National Institute of Health 的 National Library of Medicine 在 Index Medicus、Excerpta Medicus (EMBASE)、Medline 和 MEDLARS 資料庫 — Health Services Technology Assessment Research (HSTAR) 的索引標準；
3. Secretary of Health and Human Services 認可的醫療期刊，符合 Social Security Act 的 1861(t)(2) 一節；
4. 下列標準的參考概要：American Hospital Formulary Service-Drug Information、American Medical Association Drug Evaluation、American Dental Association Accepted Dental Therapeutics，以及 United States Pharmacopoeia-Drug Information；
5. 由聯邦政府機構和全國公認的聯邦研究機構（包括、National Institutes of Health、National Cancer Institute、National Academy of Sciences、Health Care Financing Administration、Congressional Office of Technology Assessment 以及 National Institutes of Health 以評估健康服務的醫學價值為目的而認證的任何國家理事會）發現、研究和調查；或者
6. 通過同等審查摘要，可在重要的醫療協會會議上公開發表的論文。

加快 IMR 申請要求的說明

加速審查應在七天內處理完成。標準審查最多在三十天內處理完成。您必須證明如果治療不及時開始，效果將大大降低。請提供您的電話號碼和/或傳呼機號碼以便與您聯絡。

請提供加速 IMR 申請要求的說明：

主治醫師姓名

電話號碼

傳呼機號碼